

De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden

FG Schellevis, GP Westert, DH de Bakker, PP Groenewegen, J van der Zee, JM Bensing

Samenvatting

Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP, Van der Zee J, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts Wet* 2003;46(1):7-12.

Vijftien jaar geleden vond de gegevensverzameling voor de eerste *Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk* plaats. Deze gegevens zijn een belangrijke bron gebleken voor wetenschappelijk onderzoek en het beleid ten aanzien van de huisartsenzorg, maar zijn inmiddels sterk verouderd. In dit artikel wordt ingegaan op de aanleiding, voorbereiding en opzet van de tweede Nationale Studie waarvoor de gegevens in de periode 2000-2002 zijn verzameld. Daarnaast wordt de opzet en inhoud van de tweede Nationale Studie vergeleken met die van de eerste. Het doel van beide onderzoeken is om te voorzien in de behoefte aan actuele, nationaal representatieve informatie over de rol en de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Voor de beantwoording van de vraagstellingen, gegroepeerd tot zes onderzoeksthema's (gezondheid en ziekte, gebruik van zorg, verschillen in gezondheid en gebruik van zorg, kwaliteit van de huisartsenzorg, huisarts-patiëntcommunicatie en organisatie van de huisartsenzorg), vond een grootschalige gegevensverzameling plaats in 104 huisartsenpraktijken die deel uitmaken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Gegevens werden verzameld in de huisartsenpraktijk via het HIS en video-opnames, over de huisartsenpraktijk via visitatie en vragenlijsten en in de praktijkpopulatie via een schriftelijke vragenlijst en een mondeling interview. De vergelijkbaarheid van beide Nationale Studies is groot, met op enkele punten verschillen in de gebruikte methoden van gegevensverzameling. De tweede Nationale Studie zal actuele gegevens opleveren die gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek en voor de wetenschappelijke onderbouwing van het beleid ten aanzien van de huisartsenzorg.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: dr. F.G. Schellevis, huisarts-epidemioloog; dr. D.H. de Bakker, geograaf; prof. dr. P.P. Groenewegen, socioloog; prof. dr. J. van der Zee, socioloog; prof. dr. J.M. Bensing, psycholoog; RIVM: dr. G.P. Westert, socioloog.

Correspondentie: f.schellevis@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

De huisartsgeneeskunde in Nederland maakt de laatste jaren sterke veranderingen door. Op organisatorisch terrein is dat bijvoorbeeld zichtbaar in de nieuwe organisatie van avond-, nacht- en weekenddiensten, het tekort aan praktiserende huisartsen, en de (gevolgen van) uitspraken van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) over concurrentie binnen de beroepsgroep. Inhoudelijk gezien staat de kwaliteit van het werk onder druk bijvoorbeeld door een toenemende vraag naar huisartsenzorg (ouderen, chronisch zieken, intensieve thuiszorg), door intensivering van taken (psychische problemen) en door de noodzaak voor huisartsen om 'bij te blijven' terwijl de hoeveelheid kennis explosief toeneemt en patiënten steeds mondiger en beter geïnformeerd zijn. In Nederland is de positie van de huisarts in de gezondheidszorg, in vergelijking met veel andere landen, nog sterk verankerd door zijn poortwachtersrol en de zogenaamde inschrijving op naam. Het is niet ondenkbaar dat hieraan getornd gaat worden. Door deze recente en snelle organisatorische en inhoudelijke ontwikkelingen is het beeld van de toekomstige huisartsenzorg in Nederland op z'n minst onduidelijk te noemen. In dergelijke onzekere omstandigheden is naast visieontwikkeling,¹ informatie over de actuele situatie in de huisartsenzorg voor beleidsvoorbereiding en beleidsevaluatie van groot belang, maar ook als referentie om (gevolgen van) veranderingen te kunnen monitoren. De (eerste) *Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk* (1987-1988) leverde voor het eerst deze referentiegegevens en veel wetenschappelijke artikelen zijn op basis van deze gegevens gepubliceerd. Ook werd dit onderzoek veel gebruikt om beleidsmaatregelen op het terrein van de huisartsenzorg te onderbouwen,² bijvoorbeeld bij de differentiatie in de abonnementshonorering van huisartsen.³ Hoewel de gegevens nog steeds worden gebruikt, geven deze de actuele situatie in de huisartsenzorg niet meer weer.

Tegen deze achtergronden zijn in 1998 op initiatief van het NIVEL en RIVM de voorbereidingen voor een tweede Nationale Studie (NS2) van start gegaan. In dit artikel wordt beschreven op welke wijze dit onderzoek is voorbereid, welke keuzen zijn gemaakt bij de opzet van het onderzoek en op welke schaal vergelijking met de uitkomsten van de eerste Nationale Studie mogelijk is. Informatie hierover is voor de lezers van H&W van belang om toekomstige publicaties op basis van gegevens van de NS2 te kunnen interpreteren en op hun juiste waarde te kunnen schatten.^{4,5}

Vorbereiding en opzet van de NS2

Vorbereiding van de NS2

In de voorbereidingsfase van de NS2 zijn ruim 20 beleids- en onderzoeksorganisaties geconsulteerd. Op die manier kon het onderzoek aansluiten op de meest actuele beleids- en onderzoeksvragen en werd de belangstelling gepeild voor samenwerking. Deze consultaties leidden in 1998 tot de publicatie van een projectplan⁶ waarin onder andere de doelstelling is omschreven (zie kader), het onderzoek in zes kernthema's is samengevat en ruim 30 additionele onderzoeksprojecten zijn opgenomen. Die aparte onderzoeken worden uitgevoerd met gegevens die in het kader van de NS2 zijn verzameld in samenwerking met een groot aantal onderzoeksinstituten in Nederland. De vraagstellingen van de NS2 werden tot de volgende zes kernthema's gegroepeerd:

Gezondheid en ziekte in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. Welke klachten en ziekten worden aan de huisarts gepresenteerd en wat is de relatie met door personen zelf gerapporteerde klachten en ziekten?

Gebruik van zorgvoorzieningen. In welke mate maken mensen gebruik van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg bij gezondheidsproblemen? Wat onderneemt de huisarts wanneer een patiënt met gezondheidsproblemen bij hem komt?

Gelijkheid in gezondheid en zorg voor iedereen. Welke verschillen bestaan er in gezondheid en ziekte en gebruik van zorgvoorzieningen tussen groepen in de bevolking naar sociaal-economische status, etnische afkomst, geslacht en leeftijd?

Kwaliteit van de huisartsenzorg. Wat is de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg in vergelijking met NHG-Standaarden en wat is het oordeel van patiënten over de kwaliteit van de huisartsenzorg?

Huisarts-patiëntcommunicatie. Hoe communiceert de huisarts anno 2000-2001 met de patiënt, en wat verwacht en vindt de patiënt daarvan?

Organisatie van de huisartsenzorg. Hoe is de huisartsenzorg georganiseerd? Hoe is de subjectieve en objectieve werklast van de huisarts en wat is de samenhang met recente ontwikkelingen binnen de huisartsenzorg (bijvoorbeeld centrale huisartsenposten)?

Doelstelling van de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk is het op nationale schaal verkrijgen van inzicht in de:

- ▶ presentatie van problemen in de huisartsenpraktijk;
- ▶ door huisartsen verleende zorg en de kwaliteit van de huisartsenzorg;
- ▶ factoren die de presentatie van gezondheidsproblemen en het gebruik van zorg beïnvloeden;
- ▶ veranderingen in bovengenoemde aspecten ten opzichte van 1987-1988.

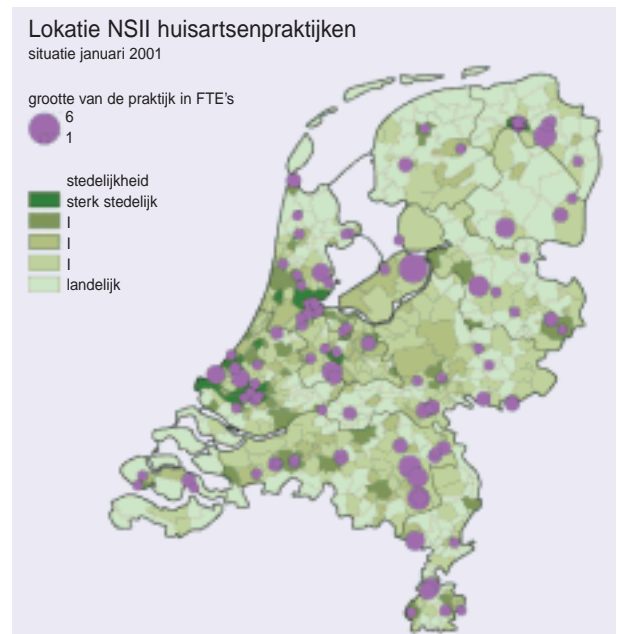
Opzet van de NS2

Deelnemende huisartsen en patiënten

Voor de gegevensverzameling in het kader van de NS2 vroegen wij medewerking aan deelnemers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), een samenwerkingsverband van

NHG, LHV, WOK en NIVEL.⁷ Van de 89 praktijken die in 1999 aan LINH deelnamen, bleken er 61 (69%) ook bereid om aan de NS2 deel te nemen. Daarna werven wij 43 nieuwe praktijken voor deelname aan LINH en de NS2 waarmee het totale aantal deelnemende praktijken op 104 kwam met 195 daarin werkzame huisartsen (overeenkomend met 164,75 voltijds huisartsen). *Figuur 1* toont de verdeling van de deelnemende praktijken over Nederland. De samenwerking met LINH voor de gegevensverzameling lag voor de hand: de deelnemende huisartsen waren er al aan gewend op continue basis een deel van de benodigde gegevens te registreren en de organisatie en infrastructuur waren al aanwezig. De 195 deelnemende huisartsen vormen een goede afspiegeling van de populatie huisartsen in Nederland naar alle belangrijke kenmerken als leeftijd, geslacht, regio, stad/platteland en achterstandsgebied. Een uitzondering hierop vormt de praktijkvorm: onder de NS2-deelnemers zijn solisten relatief ondervertegenwoordigd (32% versus landelijk 44%). Daarnaast zijn in eerder onderzoek geen verschillen gevonden bij een vergelijking van het huisartsgeneeskundig handelen tussen huisartsen met of zonder geautomatiseerde praktijkvoering en tussen huisartsen die wel of niet deelnemen aan een registratienetwerk.⁸ In de 104 deelnemende praktijken stonden bij de start van de gegevensverzameling ongeveer 390.000 personen als 'vaste patiënt' ingeschreven. De kenmerken van deze populatie komen zeer goed overeen met die van de Nederlandse bevolking naar leeftijd, geslacht en ziektekostenverzekering (ziekenfonds-/particulier verzekerd). Geconcludeerd kan worden dat de deelnemers aan de NS2 representatief zijn voor Nederland op het niveau van praktijken, huisartsen en patiënten.

Figuur 1 Verdeling van de vestigingsplaatsen over Nederland van de huisartsen die deelnemen aan de tweede Nationale Studie



Gegevensverzameling

De breed geformuleerde doelstellingen van de NS2 vertalen zich in een breed opgezette gegevensverzameling in en rond de deelnemende huisartsenpraktijken. In de gegevensverzameling zijn drie niveaus te onderscheiden, namelijk de verzameling van gegevens in de huisartsenpraktijk, over de huisartsenpraktijk en over de praktijkpopulatie.

In de huisartsenpraktijk registreerden huisartsen en het praktijkondersteunend personeel verschillende typen gegevens over contacten met de 'vaste patiënten' (tabel 1). Deze gegevens werden geregistreerd in het HIS waaraan tijdelijk extra registratiemodules werden toegevoegd om een uniforme gegevensverzameling te garanderen. De gegevensverzameling via de HIS'sen vond plaats tussen mei 2000-april 2002. In de deelnemende praktijken werd van vijf verschillende HIS'sen gebruikgemaakt: Arcos bij 11 praktijken, Elias bij 24, MacHIS bij 16, MicroHIS bij 24 en Promedico bij 29 praktijken. Zowel gegevens over contacten tussen huisartsen en patiënten als over zelfstandig afgehandelde contacten tussen andere praktijkmedewerkers en patiënten werden op deze wijze geregistreerd. De diagnose die de huisarts heeft gesteld en gecodeerd met de ICPC neemt een centrale plaats in. Ter voorbereiding hierop werd de eerder in het kader van LINH georganiseerde ICPC-cursus in 2000 opnieuw aangeboden. Hieraan namen 66 huisartsen deel. Alle deelnemende huisartsen beschikten over een document met de antwoorden op vaak gestelde codeervragen; ook konden gedurende de registratie codeervragen per e-mail worden gesteld. De gecodeerde diagnoses van contacten voor hetzelfde gezondheidsprobleem worden geclusterd tot ziekte-episoden; deze clustering vindt gedeeltelijk geautomatiseerd plaats en gedeeltelijk door geneeskundestudenten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en validiteit van de diagnosegegevens zal worden vastgesteld aan de hand van 30 papieren patiënten die aan alle deelnemende huisartsen ter codering zijn voorgelegd. Ook zal de interdokter- en interpraktijkvariatie in het gebruik van ICPC-codes worden geanalyseerd.⁹

Bij 142 huisartsen werden op vrijwillige basis video-opnames van een spreekuur gemaakt. Gegevens over de huisartsenpraktijk werden verzameld met de VIP¹⁰ (respons 96%) en aanvullende schriftelijke vragenlijsten voor huisartsen en praktijkondersteunend personeel (respons gemiddeld 97%). Deze schriftelijke vragenlijsten bevatten onder andere instrumenten om de werkbelasting van huisartsen en praktijkmedewerkers te meten.

In het kader van de gegevensverzameling over de praktijkpopulatie ontvingen alle 'vaste patiënten' een korte schriftelijke vragenlijst over sociaaldemografische gegevens als burgerlijke staat, opleiding, beroep en geboorteland. Deze vragenlijst werd per post verzonden samen met een door de eigen huisarts ondertekende brief. De respons op deze vragenlijst bedroeg 76%.

Een aselechte steekproef van ongeveer 4% van de 'vaste patiënten' (n=19.685) is benaderd voor een mondeling interview aan huis van ongeveer 90 minuten. Bij kinderen onder de 12 jaar werd een zogenaamd *proxy-interview* gehouden met een van de ouders. Via dit interview werden gegevens verzameld over onder andere de

subjectieve gezondheidstoestand, ziektegedrag en gebruik van zorgvoorzieningen, leefstijl en opvattingen over de gezondheidszorg. Daarvoor is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van eerder gebruikte en/of gevalideerde meetinstrumenten (tabel 2). De respons op deze interviews was 65% (n=12.699). De respondenten wijken wat betreft geslacht en leeftijd nauwelijks, en wat betreft opleidingsniveau in geringe mate af van de steekproef of van de Nederlandse bevolking.

Een vergelijkbaar interview, maar dan in de eigen taal, is afgenomen onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse allochtonen. Hiervoor werd een aselechte gestratificeerde steekproef getrokken uit de hiervoor in aanmerking komende respondenten van 18 jaar en ouder op de schriftelijke vragenlijst over sociaal-demografische gegevens.

Van belang is dat alle gegevens onderling, op anonieme basis,

Tabel 1 Overzicht van gegevensverzameling voor de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk

Contacten met patiënten in de huisartsenpraktijk:
- ICPC-gecodeerde diagnoses (12 maanden), later geclusterd tot ziekte-episoden
- probleemlijst
- contactduur (6 weken)
- verrichtingen tijdens contacten (6 weken)
- verrichtingen bij specifieke diagnoses (12 weken)
- geneesmiddelvoorschriften (12 maanden)
- nieuwe verwijzingen binnen eerste en naar tweede lijn (12 maanden)
- video-opnames (15 contacten - facultatief)
Over de huisartsenpraktijk:
- Visitatie Instrument Praktijkvoering
- schriftelijke enquête huisartsen en praktijkondersteunend personeel, inclusief meting tijdsbesteding
Over kenmerken van de praktijkpopulatie:
- sociaal-demografische gegevens (totale populatie)
- mondeling interview (bij steekproef van de populatie)

Tabel 2 Eerder gebruikte en/of gevalideerde meetinstrumenten in mondeling interview

Onderwerp	Meetinstrumenten
Achtergrondkenmerken	- sociaal-demografische gegevens ¹¹ - samenstelling huishouden ¹¹ - woonsituatie ¹¹
Gezondheidstoestand	- Quetelet-index - gezondheidstoestand ¹² - kwaliteit van leven ¹³ - beperkingen ¹⁴ - psychische problemen ¹⁵ - alcoholgebruik ¹⁶ - sociale problemen ¹⁷ - acute klachten en ziekten ¹¹ - chronische aandoeningen ¹¹ - persoonlijkheidskenmerken ¹⁸
Zorggebruik en ziektegedrag	- gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, zelfzorg, mantelzorg en hulpmiddelen ¹¹
Leefstijl en risicogedrag	- roken, alcohol, druggebruik ¹¹ - voeding, slapen, bewegen ¹¹
Sociale context	- sociaal netwerk ¹¹ - levensgebeurtenissen ¹⁹ - redzaamheid/coping ²⁰ - sociale steun ²¹ - sociale interactie ²²
Opvattingen	- vertrouwen in de gezondheidszorg ²³ - opvattingen over de huisarts ^{24,25} - verwachtingen van de huisarts ²⁶

onderling koppelbaar zijn. Dit betekent bijvoorbeeld dat gegevens van geïnterviewde patiënten gekoppeld kunnen worden aan gegevens over de organisatie van de praktijk waarin zij ingeschreven staan.

Overeenkomsten en verschillen met de eerste Nationale Studie

De intentie om bij de opzet van de NS2 zo veel mogelijk aan te sluiten bij die van de eerste Nationale Studie (NS1)²⁷ kon in sterke mate worden gerealiseerd (zie ook tabel 3). De vergelijkbaarheid is op de meeste punten tot op gedetailleerd niveau gegarandeerd door toepassing van identieke meetinstrumenten en variabelen. Ten opzichte van de NS1 zijn er twee belangrijke verschillen. Het eerste betreft de duur van de registratie van diagnoses tijdens contacten in de huisartsenpraktijk. Een belangrijke beperking van de NS1 was dat de informatie over de prevalentie van aan de huisarts gepresenteerde ziekten gebaseerd was op gegevens van drie maanden. Dit was destijds een onvermijdelijke beslissing om de belasting van de registratie voor de deelnemende huisartsen binnen redelijke grenzen te houden. De frequentie van vóórkomen van – vooral chronische – ziekten in de huisartsenpraktijk wordt meestal berekend als prevalenties per jaar en dat kon dus niet uit de geregistreerde gegevens worden afgeleid.²⁸ In de NS2 worden gegevens over het voorkomen van ziekten gebaseerd op een registratie van diagnoses gedurende 12 maanden. Het tweede belangrijke verschil houdt verband met de automatisering van de huisartsenpraktijk. Gebruikte in 1987-1988 slechts een enkele huisarts een computer in de praktijk, anno 2000-2001 is dat gemeengoed. Dit maakte het mogelijk om bij de gegevensverzameling in de huisartsenpraktijk nauw aan te sluiten bij de dagelijkse registratie van medische gegevens in het HIS. Ook was het hierdoor mogelijk om de diagnosegegevens in de huisartsenpraktijk te laten coderen

De kern

- ▶ De gegevens van de eerste Nationale Studie (1987/1988) zijn verouderd; daarom is een tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk opgezet.
- ▶ De tweede Nationale Studie voorziet in de behoefte aan actuele, landelijk representatieve informatie over de rol en de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg.
- ▶ De opzet van de gegevensverzameling van de tweede Nationale Studie en de aard van de verzamelde gegevens zijn goed vergelijkbaar met die van de eerste Nationale Studie; op enkele punten zijn er verschillen.

met de ICPC, terwijl bij de eerste Nationale Studie deze gegevens op registratieformulieren werden vastgelegd en codering van de diagnosegegevens 'centraal' plaatsvond. De keerzijde hiervan is dat, omdat systematische registratie en codering in het HIS van de 'reden voor contact' nog niet gebruikelijk is, hiervan bij de NS2 moest worden afgezien, terwijl deze informatie wel in de NS1 is verzameld. Andere verschillen met de NS1 betreffen de gebruikte meetinstrumenten in het mondeling interview onder een steekproef van de patiëntpopulatie: in 1987/1988 waren nog nauwelijks gevalideerde instrumenten voorhanden; in de NS2 is voorrang gegeven aan gevalideerde en momenteel in gebruik zijnde meetinstrumenten. Hetzelfde geldt voor de VIP.¹⁰

Ook in *inhoudelijk opzicht* zijn er zowel overeenkomsten als verschillen tussen de eerste en tweede Nationale Studie. De overeenkomsten betreffen met name de beoogde referentiegegevens over gezondheidsproblemen die de huisarts in de praktijk ziet en de verrichtingen van huisartsen. De actuele relevante thema's in de huisartsgeneeskunde verschillen echter van die van 1987/1988. Was er toen aandacht voor de verschillen tussen huisartsen in de

Tabel 3 Samenvattend overzicht van de verschillen tussen de eerste en tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk

	NS1	NS2
Onderzoeksprogramma	bij aanvang twaalf deelprojecten, later veel secundaire onderzoeken en analyses	bij aanvang zes onderzoeksthema's en tientallen additionele onderzoeksprojecten
Deelnemende huisartsen	werving op basis van aselechte steekproef	werving onder deelnemers aan Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
Gegevens in de praktijk	– met registratieformulieren – duur registratie 3 maanden – 'centrale' codering van diagnoses	– registratie in HIS – duur registratie 12 maanden – diagnosecodering door huisarts
Gegevens over de praktijk	schriftelijke vragenlijst voor huisartsen en praktijkassistenten	Visitatie Instrument Praktijkvoering en aanvullende schriftelijke vragenlijst voor huisartsen en praktijkassistenten
Gegevens over de praktijkpopulatie	mondeling interview	mondeling interview met meestal gevalideerde meetinstrumenten
Enkele actuele onderzoeksthema's	– werkbelasting (huisarts in de grote stad, achterstandsgebieden) – gebruik van diagnostische hulpmiddelen – preventie – huisarts en chronische ziekten	– werkbelasting (burnout) – organisatie van de huisartsenzorg – kwaliteit van de huisartsenzorg

grote steden en op het platteland, voor achterstandsgebieden en de rol van de huisarts bij chronische ziekten, nu staan de werkbelasting van de huisarts en de kwaliteit van de huisartsenzorg volop in de belangstelling.

Het belang van evidence

In de dagelijkse praktijk is het belang van evidence based medisch handelen algemeen geaccepteerd hoewel bewijsvoering niet altijd goed mogelijk is. In toenemende mate is ook *evidence based health policy* een algemeen geaccepteerd uitgangspunt, ook al worden beleidsbeslissingen nooit alleen op rationele gronden genomen.²⁹ Voor zowel de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als voor het beleid ten aanzien van de huisartsenzorg is de NS1 van belang gebleken en dit zal ook voor de NS2 kunnen gelden. In vergelijking met de NS1 zijn enkele belangrijke verbeteringen gerealiseerd die de bruikbaarheid van de uitkomsten van de NS2 groter maken. Eerder stelde Hofmans in dit tijdschrift de waarde van 'opnieuw een massaal en groot-schalig registratieonderzoek' ter discussie, met name vanwege de invloed van de interdoktervariatie in de codering van morbiditeitsgegevens op de incidentie- en prevalentiecijfers.³⁰ In de NS2 zijn, zoals hierboven geschetst, verschillende methoden toegepast om deze variatie te beperken en te documenteren, waardoor de waarde van de epidemiologische gegevens uitgebreid kan worden onderbouwd.³¹

De resultaten van de eerste Nationale Studie zijn vastgelegd in drie basisrapporten.^{28,32,33} Daarnaast verschenen onder meer 20 dissertaties, 72 artikelen in internationale en meer dan 100 artikelen in nationale tijdschriften die geheel of gedeeltelijk gebaseerd zijn op gegevens van de NS1.² De lange lijst aan additionele onderzoeksprojecten van de NS2 omvat een groot aantal huisartsgeneeskundig relevante wetenschappelijke vraagstellingen, onder andere over het beloop van huidandoeningen bij kinderen, luchtweginfecties en klachten van het bewegingsapparaat, palliatieve zorg en gezinsgeneeskunde. Ook aan de rol van het praktijkondersteunend personeel (praktijkassistente, praktijkverpleegkundige) wordt in de NS2 (evenals in de eerste Nationale Studie³⁴ aandacht besteed doordat vraagstellingen op het gebied van de telefonische intakefunctie en de werkbelasting zijn opgenomen.

Voor het beleid in het algemeen is van gegevens van de NS1 onder andere gebruikgemaakt voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM in 1993 en 1997.^{35,36} In de toekomstige VTV-rapportages (www.nationaalkompas.nl) zal opnieuw gebruikgemaakt worden van de gegevens van de NS2.

Voor het beleid ten aanzien van de huisartsenzorg zijn de gegevens uit de NS1 onder andere gebruikt voor tariefberekeningen, voor het onder de aandacht brengen van 'de huisarts in de grote stad' en voor differentiatie in het abonnementshonorarium van huisartsen.³ De beroepsgroep huisartsen mag van de NS2 een feitelijk, actueel en breed uitgemeten beeld verwachten van de huisartsenzorg anno 2000-2001 dat als uitgangspunt kan dienen voor de onderbouwing van de toekomstige huisartsenzorg en als 'nul-

meting' kan fungeren voor de evaluatie van toekomstige veranderingen. Voor de realisering van welke-toekomstvisie-dan-ook zal een wetenschappelijk verantwoorde beschrijving van de stand van zaken van groot belang zijn en blijven.

Financiering

Het grootste deel van de financiering van de NS2 is direct of indirect afkomstig van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarnaast droeg de Stichting Centraal Fonds Reserves Voormalige Vrijwillige Ziektekostenverzekering financieel bij.

Literatuur

- 1 LHV/NHG. Huisartsenzorg in 2012. Medische zorg in de buurt. Conceptrapport Visie. Utrecht: LHV/NHG, 2002. (website: www.artsennet.nl/lhv)
- 2 Van der Velden J. General Practice at work [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1999.
- 3 Commissie modernisering curatieve zorg. Gedeelde zorg: betere zorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 1994.
- 4 Knottnerus JA. Registreren van morbiditeit in de huisartsgeneeskunde. Over diversiteit van doelstellingen en vereisten [Commentaar]. Huisarts Wet 1994;37:136-41.
- 5 Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Foets M, Van der Velden J. Kritisch lezen van informatie uit grote registratiebestanden. Huisarts Wet 1999;42:591-596,601.
- 6 Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectplan. Utrecht: NIVEL, 1998.
- 7 De Bakker D, Jabaaij L, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T, et al. Jaarrapport LINH 2000. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2001.
- 8 Westert GP, Hoonhout LHF, De Bakker DH, Van den Hoogen HJM, Schellevis FG. Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen. Huisarts Wet 2002;45:58-62.
- 9 Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Interdokter- en interpraktijkvariatie binnen en tussen huisartsregistraties. Huisarts Wet 1999;42:18-21,30.
- 10 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practice: validation of a practice visit method. Br J Gen Pract 1998;48:1743-50.
- 11 Foets M, Van der Velden J. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- 12 Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473-83.
- 13 EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol group. Health Policy 1990;16:199-208.
- 14 McWhinnie JR. Disability assessment in population surveys: results of the OECD common development effort. Rev Épid Santé 1981;29:413-9.
- 15 Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
- 16 Cornel M. Detection of problem drinkers in general practice [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1994.
- 17 Hosman CMH. Psychosociale problematiek en hulpzoeken: een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van preventieve geestelijke gezondheidszorg. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1983.
- 18 Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Scales (EPS Adult). London: Hodder & Stoughton, 1991.
- 19 Brugha TS, Cragg D. The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. Acta Psychiatr Scand 1990;82:77-81.
- 20 Endler NS, Parker JD, Butcher JN. A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. J Clin Psychol 1993;49:523-7.
- 21 Van Sonderen E. Sociale steun en sociale netwerken. In: Sanderman R, Hosman CMH, Mulder M. Het meten van determinanten van

- gezondheid: een overzicht van beschikbare meetinstrumenten. Assen: Van Gorcum, 1995.
- 22 Russell DW. UCLA Loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess* 1996;66:20-40.
 - 23 Straten GJ, Friele RD, Groenewegen PP. Public trust in Dutch health care. *Soc Sci Med* 2002;55:227-34.
 - 24 Sixma HJ, Kerssens JJ, Van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998;2:82-95.
 - 25 Wensing M. Patients evaluate general practice. A method for assessing and improving care [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1997.
 - 26 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985.
 - 27 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991;34:51-61.
 - 28 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
 - 29 Borst-Eilers E, Van Leeuwen M. Verstand en gevoel in de clinch. De rol van evidence in spreekkamer en vergaderzaal. *Med Contact* 2002;57:1115-7.
 - 30 Hofmans EA. Bij nader inzien. Nogmaals kritisch kijken naar vijf huisartsregistratienetwerken. *Huisarts Wet* 2000;43:355-60.
 - 31 Schellevis FG, Westert GP. Eenvoud is het kenmerk van het ware (maar soms is de waarheid complex). *Huisarts Wet* 2000;43:361.
 - 32 Foets M, Sixma H. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: NIVEL, 1991.
 - 33 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
 - 34 Nijland A. De praktijkassistente in de huisartspraktijk: progressie in professionalisering [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
 - 35 Ruwaard D, Kramers PGN, redactie. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag: Sdu, 1993.
 - 36 Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC, redactie. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven/Maarssen: Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu/Elsevier/de Tijdstroom, 1997.

Op zoek naar bewijs; een vraag- en antwoorddienst voor de huisarts

AAH Verhoeven, J Schuling

Samenvatting

Verhoeven AAH, Schuling J. Op zoek naar bewijs; een vraag- en antwoorddienst voor de huisarts. *Huisarts Wet* 2003;46(1):12-7.

Doel Het ontwikkelen van een evidence-based antwoorddienst en nagaan of huisartsen vragen stellen aan deze dienst, en vervolgens onderzoeken wat de beantwoording van deze vragen vergt aan menskracht en middelen.

Interventie De deelnemende huisartsen werden getraind in het formuleren van vragen met de PICO-structuur. Op geleide van de vraag stelde de arts-informatiespecialist de zoekstrategie vast, beoordeelde de opbrengst op bewijskracht en formuleerde het antwoord voor de huisarts.

Kwaliteitsmaten De arts-informatiespecialist selecteerde de informatiebronnen en volgde bij de beoordeling van de bewijskracht de indeling van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Effecten Vijftien huisartsen stelden 45 vragen. Het bleek mogelijk om binnen het door de vraagsteller aangegeven tijdsbestek een antwoord van goede kwaliteit te bieden. De kosten bedroegen gemiddeld € 200 per vraag.

Leerpunten en vervolg Persoonlijke bekendheid van de vraagsteller met de antwoordgever blijkt de drempel voor het stellen van vragen belangrijk te verlagen. Het geringe aantal vragen doet

vermoeden dat echter ook andere drempels aanwezig zijn. Omdat ook artsen het beste contextgebonden leren, lijkt een dergelijke dienst een belangrijke bijdrage aan nascholing te kunnen leveren.

Huisartsopleiding Rijksuniversiteit Groningen, Bloemsingel 1, 9713 BZ Groningen: mw. dr. A.A.H. Verhoeven, arts-informatiespecialist; dr. J. Schuling, huisarts

Correspondentie: a.a.h.verhoeven@med.rug.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Veel huisartsen zien in evidence-based geneeskunde een mogelijkheid om kennis te nemen van nieuwe inzichten die kunnen leiden tot veranderingen in de zorg.¹ De vakliteratuur kan zo'n 40-50% van de vragen beantwoorden die huisartsen hebben.^{2,3} Eerder onderzoek heeft aangetoond dat evidence-based antwoorden op klinische vragen in 20% van de gevallen leidden tot een wijziging van het gevoerde beleid.⁴ Het zoeken naar het beste beschikbare bewijs is dus een belangrijke weg waarlangs de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd.⁵

Talrijke barrières bemoeilijken de uitoefening van evidence-based